

**Estado de Massachusetts - Programa de Asistencia Médica
Formulario de Consentimiento Esterilización (18 - 20 Años)**

Nota: Si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar ello no resultará en que se le retiren o retengan cualquiera de los beneficios proporcionados por programas o proyectos que reciben fondos del gobierno federal.

Consentimiento Para La Esterilización

He pedido y recibido información sobre la esterilización de _____. Cuando me informé al respecto, se me dijo que la decisión de hacerme esterilizar es absolutamente mía. Ma han informado que, si así lo deseo, puedo decidir hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perderé ninguno de los beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo AFDC o Medicaid que esté recibiendo o que pueda recibir en el futuro.

*Entiendo que la esterilización se condera **permanente e irrevocable**. He decidido que no quiero quedar embarazada, tener hijos, o procrear hijos.*

Se me ha informado acerca de los métodos anticonceptivos que están disponibles y que me podrán proporcionar, los que sí me permitirán tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizado(a).

Entiendo que seré esterilizado(a) por medio de una operación conocida bajo el nombre de _____. Los inconvenientes, riesgos, y beneficios asociados con esta operación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Entiendo que la operación no se hará hasta por lo menos 30 días después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no hacerme esterilizar no resultará en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios médicos proporcionados por fondos federales.

Tengo entre 18 y 20 años de edad y nací el _____. Yo, _____, por la presente consiento por mi propia voluntad a que me esterilice Dr. _____, por el método conocido como _____. Mi consentimiento se vence a los 180 días de la fecha de mi firma.

También consiento a que este formulario y otros antecedentes médicos sean puestos a la disposición de: representantes del División de Asistencia Médica o empleados de programas o proyectos que operan con fondos de ese división, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

Firma _____ Fecha _____

Recipient Identification No. | _____ |
| _____ |

*Se le pide de favor proporcione la siguiente información, esto no es un requisito.
Raza designación étnica (marque el encasillado apropiado):*

**Declaración de la Persona
Que Obtiene Este Consentimiento**

Antes de que _____ firmara este formulario de consentimiento, se le ha explicado la naturaleza de la operación llamada, _____, y el hecho de que se trata un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos, y beneficios que la acompañan. He advertido a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos que son temporarios. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. He informado a la persona que va a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los cuidados médicos o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene entre 18 y 20 años y parece tener la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizado(a) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Firma _____ Fecha _____

Establecimiento _____

Dirección _____

Declaración del Médico

Poco antes de efectuar la operación para esterilización de _____ el _____ (fecha), le expliqué la naturaleza de la operación llamada _____, y el hecho de que se trata un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos, y beneficios que la acompañan. He advertido a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos que son temporarios. Le he explicado que la esterilización es diferente, porque es permanente. He informado a la persona que va a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los cuidados médicos o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene entre 18 y 20 años y parece tener la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizado(a) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Marque el cuadrado 1 o 2 debajo.

(1) Por lo menos 30 días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmó el formulario de consentimiento y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.

- Indio Norteamericano o Nativo de Alaska Hispano
- Asiatico o de Islas del Pacifico Blanco (no de origen hispano)
- Negro (no de origen hispano)

Declaración de Intérprete

Si usted ha utilizado los servicios de un(a) intérprete, este(a) debe completar y firmar la siguiente declaración.

He traducido toda la información y demás consejos presentados en forma verbal para la persona que a de ser esterilizada. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le he explicado su contenido. Según mi mejor entendimiento esta persona ha entendido esta explicación.

Firma _____ Fecha _____

(2) Esta esterilización fue efectuada menos de 30 días pero mas de 72 horas después de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes:

a. Parto prematuro. Fecha en que debiera haber ocurrido el parto: _____

b. Cirugía abdominal de emergencia. Describa: _____

Firma del Médico _____

Fecha _____ Prov. no. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |